

LE
TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN
ET SES RÉSULTATS
PAR LA MÉTHODE DE BOUILLY

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1919

PAR

Louis DE FORCRAND DE COISELET

Né à Montpellier, le 20 mars 1893

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NICE ET DE MONACO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, prof.-adjt, <i>Président.</i>	{	<i>Assesleurs.</i>
		GILIS, professeur.		
		SOUBEYRAN, agrégé lib.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LE
TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN
ET SES RÉSULTATS
PAR LA MÉTHODE DE BOUILLY

LE
TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN
ET SES RÉSULTATS
PAR LA MÉTHODE DE BOUILLY

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1919

PAR

Louis DE FORCRAND DE COISELET

Né à Montpellier, le 20 mars 1893

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NICE ET DE MONACO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	DE ROUVILLE, prof.-adjt.	<i>Président.</i>
	GILIS, professeur.	{ <i>Assesseurs.</i>
	SOUBEYRAN, agrégé lib.	



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAHRET (*)	DOYEN.
SARDA.	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale.	CARRIEU (*)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAHRET (*)
Physique médicale.	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O *)
Physiologie.	HEDON (*)
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP (*)
Anatomie.	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEI (*)
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIREN (*).
Anatomie pathologique.	MASSABEAU (*)
Chimie médicale.	DERRIEN.
Microbiologie.	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN. (*), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	BUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.	DESMONTS. (ch. de c.)
Stomatologie.	BESSON. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LENNHARDT.	BUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., président.	M. SOUBEYRAN, agrégé libre.
GILIS, professeur.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR BERTHE

*Ma petite sœur chérie, à toi que je
n'ai pas pu guérir, bien tristement je
dédie ces quelques pages.*

L. DE FORCRAND.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible, mais affectueux
hommage de tendresse filiale.*

L. DE FORCRAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MON JURY DE THÈSE

L. DE FORGRAND.

LE

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN

ET SES RÉSULTATS

PAR LA MÉTHODE DE BOUILLY

INTRODUCTION

Le travail le plus intéressant, pour un étudiant, est sûrement la thèse.

C'est celui auquel il met toute son âme et qu'il cherche à polir toujours davantage, afin de se montrer digne de la confiance de son jury et pour sa satisfaction personnelle.

La thèse « pour obtenir le grade de docteur en médecine » termine la première partie de la vie ; elle est le couronnement des études.

Elle nous confère un droit : celui d'exercer ; mais, par contre, tout aussitôt, elle nous montre les devoirs du praticien et solennellement, « devant l'effigie d'Hippocrate », nous jurons de ne pas les méconnaître.

Vers le milieu de l'année dernière, sur les conseils de notre Maître éminent, Monsieur le professeur de Rouville, nous avons étudié une affection gynécologique des plus compliquées, mais dont la fréquence et la gravité justifient pleinement l'intérêt que n'ont jamais cessé de lui porter tous les chirurgiens.

Dans le courant du mois de mai 1918, notre très distingué chef de clinique gynécologique, auquel nous sommes très heureux de pouvoir, ici, dire, publiquement, combien nous apprécions le savant enseignement et de lui exprimer notre parfaite gratitude pour sa grande amabilité, a bien voulu nous communiquer les différentes observations de prolapsus utérin dont l'étude est l'objet de ce travail.

Travail bien humble, sans doute, et qui aurait mérité d'être traité par une plume plus autorisée, mais qui montre cependant que le prolapsus utérin est une affection, aujourd'hui, efficacement traitée et susceptible d'une opération qui donne, non seulement une prompte guérison, mais permet d'écarter toute récurrence.

Notre gratitude et notre profonde reconnaissance vont aussi à tous nos Maîtres de cette Faculté dont nous sommes l'élève depuis plus de cinq ans.

En ce jour, nous les réunissons tous dans une même pensée affectueuse et nous saluons la mémoire si chère de ceux qui ne sont plus.

Mais qu'il nous soit permis de faire, ici, une place toute particulière à M. le professeur Carrieu, à M. le professeur Galavielle et à M. le professeur Mouret, qui, après nous avoir fait part longuement de leur haute culture intellectuelle, ont bien voulu nous donner leurs soins si éclairés.

Nous remercions encore bien vivement, de tout ce qu'ils ont fait pour nous et des bons conseils qu'ils nous ont donnés pendant notre internat. M. le docteur Bonnet, de l'hôpital de Nice, et MM. les docteurs Kindirdjy et Marsan de l'hôpital de S. A. S. le Prince de Monaco.

HISTORIQUE

Les chirurgiens, en grand nombre, se sont occupés du prolapsus utérin. Les nommer, serait dresser la liste, non seulement des spécialistes gynécologues, mais de la plupart des chirurgiens.

Nous nous bornerons, dans cet historique modeste, à citer les idées originales, celles dont l'application a permis de faire progresser la solution d'une aussi importante question.

Tout d'abord, dans les temps anciens, les femmes atteintes de prolapsus génital s'introduisaient dans le vagin une pomme ou une orange pour empêcher l'utérus de descendre. Puis des auteurs ont inventé des moyens non sanglants de réduction : les ceintures abdominales et les pessaires, palliatifs précaires et parfois dangereux.

Les ceintures sont destinées à empêcher le poids des organes abdominaux de peser sur le diaphragme pelvien.

Les pessaires, de différentes formes (les premiers ont été décrits par A. Paré), soutiennent directement l'utérus. On a pu en réunir 400 formes différentes que l'on range en trois classes :

1) Les pessaires abdominaux-génitaux. Appliqués dans le vagin, ils sont fixés à un soutien extérieur prenant point

d'appui sur l'abdomen par une ceinture : ceinture avec pélote périnéale, hystérophore à cuvette ou à air de Roser Scanzoni, pessaire de Borgnet, etc.

2) Les pessaires vaginaux, entièrement inclus dans la cavité vaginale : pessaire de Dumontpallier, de Hodge, de Gaillard-Thomas, d'Albert Smüth, en 8 ou en traineau de Schutlze, etc.

3) Les pessaires intra-utérins, qui pénètrent dans la cavité utérine elle-même, et que nous rejeterons à cause des accidents qu'ils sont susceptibles de déterminer.

Mais tous ces pessaires n'empêchent pas l'affection de progresser et de faire, des malheureuses qui en sont atteintes, de véritables infirmes.

Seule, selon nous, l'intervention sanglante peut les guérir, tout en offrant peu de gravité opératoire ; si bien que nous verrons que, sur les vingt observations que nous présentons, M. le professeur de Rouville a obtenu, en suivant la technique (un peu modifiée) de Bouilly, vingt succès.

Mais, avant d'être en possession de cette excellente méthode (1902), les chirurgiens se sont livrés à de multiples essais et les différentes opérations qu'ils ont préconisées peuvent être classées de la manière suivante, d'après le but proposé :

1) Constitution d'un point d'appui inférieur du côté du vagin, de la vulve et du périnée ;

2) Soulèvement de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds ;

3) Suture de l'utérus aux parties voisines (hystéropexie) par la voie vaginale ou abdominale ;

4) Hystérectomie.

Dans la première catégorie, nous remarquons : l'épi-siorraphie ou suture des grandes lèvres de Fricke ; l'avivement et la suture de l'orifice vulvaire de Malgaigne ; les cautérisations avec divers caustiques ou même avec le fer rouge ou le cauthère de Schroeder ; la formation d'un pli vertical dans l'intérieur du vagin (Franck), d'où dérive la colpo-périnéorraphie postérieure actuelle avec ses nombreux tracés d'avivement de Simon, de Hegar, de A. Martin, de Doléris, de Lawson Tait modifiée par Pozzi ; le cloisonnement du vagin de Le Fort.

Récemment, dans la *Presse médicale*, Salva Mercadé a vanté la suture antérieure des releveurs que Watkins avait préconisé, en 1908, dans les déchirures du périnée.

Après une série d'études et d'essais, Bouilly a publié, dans la *Revue de gynécologie* (1902), son procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux.

Ce procédé, qui comporte plusieurs temps, conduit à :

a) L'amputation élevée du col utérin hypertrophié et allongé : colpotomie ;

b) La suppression de l'excédent d'étoffe par la résection plus ou moins étendue des parois vaginales au moyen de la colporraphie antérieure et de la colpo-périnéorraphie postérieure.

M. le professeur de Rouville a apporté à cette méthode excellente certains perfectionnements.

Nous les décrirons longuement au chapitre traitant de la technique opératoire.

Dans la deuxième catégorie, nous trouvons l'opération d'Alquié-Alexander.

Dans la troisième catégorie, nous ne ferons que mentionner les vieux procédés d'hystéropexie vaginale de Schuncking, d'Arizabalaga (procédés qui peuvent aussi

servir à la cure de la rétroflexion qui précède souvent le prolapsus) ; la gastro hystéropexie de Kœberlé, qui comporte le raccourcissement, soit inguinal, soit abdominal, des ligaments ronds ; enfin l'hystérectomie vaginale que l'on pratique quelquefois chez les femmes ayant dépassé la ménopause pour les prolapsus utérins complets avec utérus petits.

Parmi tous ces procédés, celui de Bouilly, modifié par M. le professeur de Rouville, est celui auquel vont toutes nos préférences.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Nous avons distingué, à l'examen de nos malades, deux formes anatomo-cliniques.

La première forme, celle que l'on rencontre le plus généralement, comprend : du prolapsus vaginal antérieur, de la cystocèle (il est à remarquer, cependant, que les malades éprouvent rarement de la gêne dans les mictions), de l'abaissement du corps de l'utérus avec allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

En général, le prolapsus vaginal postérieur et la rectocèle sont peu marqués ou font défaut. Mais, dans les prolapsus anciens, on peut voir tous ces symptômes réunis ; ainsi, dans les cas complets, la vessie, l'utérus et son col, le rectum et les parois vaginales antérieure et postérieure subissent un abaissement ou affaissement en même temps que l'utérus et son col, ainsi que les parois vaginales, présentent de l'hypertrophie ou dilatation.

Il semblerait que l'utérus, moins bien soutenu, ait tendance à descendre dans le canal vaginal, tout en entraînant la vessie et la paroi vaginale antérieure, puis le rectum et la paroi vaginale postérieure au fur et à mesure que la chute s'accroît. C'est ainsi que, dans les observations I à XIX, nous trouvons des lésions plus ou moins avancées, mais qui toutes peuvent se rattacher à cette première forme.

Le résultat que doit rechercher l'opérateur est alors double : il faut supprimer le col allongé et hypertrophié et rétrécir le vagin (parois antérieure et postérieure) ainsi que le périnée que l'on renforce, d'autre part, par la suture des releveurs de l'anüs.

Remarquons, encore, que l'amputation large du col a pour résultat avantageux d'entraîner secondairement un certain degré d'involution et d'atrophie du corps utérin.

La seconde forme est caractérisée par du prolapsus vaginal (parois antérieure et postérieure), de la cystocèle et de la rectocèle, mais l'utérus précipité est petit : c'est véritablement un affaissement périnéal, en bloc, considérable.

Nous rencontrons cette forme clinique dans l'observation XX, où il ne paraît plus possible de traiter le malade seulement par l'opération de Bouilly.

M. le professeur de Rouville croit bon de pratiquer une hystérectomie par la voie vaginale.

Notre Maître, il y a quelques jours à peine, dans un cas de prolapsus, se trouva en présence d'un utérus mesurant à peine, en hauteur, 4 centimètres. Il fit l'hystérectomie vaginale, suivie d'une large colpectomie antérieure et postérieure, et sutura les lambeaux vaginaux l'un à l'autre, puis pratiqua la périnéorrhaphie avec suture des releveurs.

Le résultat immédiat est excellent.

Nous voyons que, quelle que soit la forme clinique du prolapsus, la chirurgie est capable de remettre en bonne place les différents organes intéressés et de les y maintenir ; car, dans la série de nos observations, M. le professeur de Rouville a obtenu 20 succès.

Nous avons cherché à nous procurer des renseignements sur l'état de santé actuel de ces malades (novembre

1918) et, dans ce but, nous leur avons fait parvenir une lettre-circulaire les priant de nous faire connaître les résultats éloignés de leur opération. Quelques-unes d'entre elles, cinq seulement, nous ont répondu, et nous avons joint à l'observation de la malade ce bref compte rendu toujours enthousiaste sans y rien changer.

ETIOLOGIE

Nous nous sommes demandé quelles sont les causes, à première vue multiples, qui provoquent de tels changements dans la forme et la situation des organes lésés.

Remarquons tout d'abord que le poids de l'utérus n'entre pas en jeu; s'il en était autrement, toute grossesse déterminerait un prolapsus, il en serait de même pour les fibromes.

De plus, les ligaments utérins ne nous paraissent pas assez résistants pour maintenir à eux seuls, dans une situation normale, un utérus qui ne serait plus soutenu par un plancher périnéal trop faible.

Le poids de l'utérus, la laxité des ligaments suspenseurs n'ont donc pas un rôle de premier plan.

La cause véritable semble résider dans le plancher périnéal lui-même et dans le canal vaginal que doit parcourir l'utérus et son col pour constituer le prolapsus.

En fait, l'âge relâche tous les tissus, diminue la force musculaire, permet d'une façon générale la ptose et la hernie des organes abdominaux : la paroi abdominale devient souvent flasque. Celle-ci, affaiblie et amincie ne soutient plus les viscères ptosés, qui font pression sur le plancher périnéal; celui-ci, affaibli lui aussi, ne peut plus soutenir l'utérus et le prolapsus s'établit peu à peu. On se rend parfaitement compte de l'insuffisance du

plancher pelvien en faisant tousser la malade : à chaque contraction du diaphragme, le prolapsus s'accroît.

Les parois vaginales, elles-mêmes, n'ont plus, dans la seconde moitié de la vie, l'adhérence et l'élasticité que l'on rencontre dans la jeunesse ; le canal vaginal présente, chez les multipares âgées, des dimensions considérables.

Mais, si l'organisme ne peut pas s'habituer et s'accommoder au relâchement lent et progressif de ses différents tissus, il ne peut pas non plus réagir devant certains états pathologiques, rapidement acquis, parmi lesquels nous rangeons : la déchirure du périnée, l'hypertrophie du canal vaginal due à l'expulsion du fœtus.

C'est ainsi que toutes les malades de nos observations sont dans la seconde moitié de la vie ; elles ont eu un ou plusieurs accouchements ; beaucoup ont eu des accouchements difficiles ayant occasionné une déchirure du périnée. L'une d'entre elles se leva deux jours après son accouchement et fit un effort musculaire violent pour sauver son père qui se brûlait.

Richelot, de plus, pense que certaines femmes ont une prédisposition arthritique : « les causes déterminantes n'agissent que chez les femmes prédisposées », ce sont des « dégénérées du tissu musculaire ».

De son côté, Pozzi admettrait « une prédisposition congénitale héréditaire ou simplement une disposition individuelle particulière, résultant des moyens de fixation de l'appareil génital ».

Notons que ces graves lésions de l'appareil génital n'entraînent pas de troubles généraux graves. Les femmes atteintes de prolapsus se plaignent de pesanteur dans le bas-ventre, dans les aines, de tiraillements dans la région lombaire irradiés dans la région rénale. Les troubles urinaires, à peu près constants, sont en général

très peu marqués (fréquence de la miction). La constipation est, en général, de règle, mais bien souvent elle existe avant le prolapsus. La muqueuse utérine est le siège d'une leucorrhée parfois abondante.

La menstruation ne subit, d'ordinaire, aucune perturbation ; le coït et la fécondation sont possibles.

La gêne dans la marche n'apparaît que très tard. C'est probablement, d'ailleurs, parce que le prolapsus n'est pas douloureux que les femmes qui en sont atteintes ne vont pas demander au chirurgien de les traiter, dès le début de leur affection ; elles viennent en général très tard, trop tard.

Sur ce point, les médecins ont, encore de nos jours, à faire presque complètement l'éducation du public.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

A. SOINS PRÉOPÉRATOIRES

Les soins préopératoires ne diffèrent en rien de ceux mis en œuvre avant toute intervention vaginale.

La femme garde le repos au lit ; le repos horizontal provoque la réduction partielle du prolapsus et la décongestion des organes génitaux. Les selles sont assurées régulièrement par des lavements laxatifs.

Injection vaginale quotidienne (quatre litres) avec une solution faible d'eau oxygénée, ou de lysol, ou de permanganate de potasse.

Au moment de l'intervention, la femme étant endormie, le prolapsus est complètement extériorisé par tractions fortes sur le col à l'aide de deux pinces à quatre dents placées. L'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure ; ces pinces sont tenues de la main gauche, tandis que la droite, armée d'une compresse de gaze chiffonnée, largement imbibée d'alcool à 60°, frotte énergiquement les faces antérieure, postérieure et latérale de la masse extériorisée.

Un temps très important est celui qui consiste dans le nettoyage des culs-de-sac vaginaux ; l'utérus étant successivement abaissé, soulevé, porté à droite, porté à gauche, les culs-de sac antérieur, postérieur et latéraux sont aseptisés par le même procédé que les faces.

Enfin, avec ou sans dilatation aux Hégar, un curettage de l'utérus est pratiqué, suivi de l'introduction dans la cavité utérine de deux ou trois tampons d'ouate hydrophile imbibés de teinture d'iode pure et retirés de suite.

Telle est la conduite suivie par M. le professeur de Rouville immédiatement avant l'intervention.

B. TECHNIQUE PROPREMENT DITE

Premier temps. — Le col utérin est très abaissé par deux pinces de Museux ; quatre pinces marquent les angles du lambeau vaginal antérieur que l'on doit réséquer. On sectionne ce lambeau et on procède à sa dissection et à sa séparation d'avec la face antérieure du col utérin, puis on décolle la vessie du col utérin avec le doigt muni d'une compresse.

Deuxième temps. — On sépare, à petits coups de ciseaux, la vessie de la face profonde du lambeau antérieur relevé. Puis, on détache le lambeau vaginal en le sectionnant à sa base d'un coup de ciseaux, juste au dessous des deux pinces-repère supérieures.

Troisième temps. — Ligature des branches cervicales de l'artère utérine, de chaque côté du col, afin d'éviter l'hémorragie dans l'amputation du col. De cette façon on pratique, à blanc, l'amputation du col.

Quatrième temps. — Deux coups de ciseaux fendent le col, le long de ses bords latéraux dans toute sa hauteur, et le divisent en deux valves.

On sectionne la valve antérieure ; suture du lambeau

vaginal antérieur à la valve antérieure, de façon à ourler exactement la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine.

Cinquième temps. — La valve postérieure du col est fortement relevée. On réunit les extrémités de l'incision antérieure par une incision transversale passant au niveau de l'insertion du vagin et du col.

On désinsère le lambeau vaginal postérieur et on arrive sur le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin ou de Douglas.

Sixième temps. — On sectionne la valve postérieure du col et on suture en affrontant muqueuse à muqueuse.

Mettre un ou deux fils d'angle pour compléter la réunion des séreuses.

Septième temps. — Colpo-périnéorrhaphie postérieure par un quelconque des procédés classiques : dédoublement (Dolérís), avivement (Hégar).

M. le professeur de Rouville préfère la méthode de Dolérís, qui permet de mettre à découvert, très nettement, les muscles releveurs de l'anus, qui sont suturés immédiatement.

MODIFICATIONS A LA TECHNIQUE DE BOUILLY

Elles ont trait au troisième et au cinquième temps de l'opération.

1) Notre Maître emploie, pour lier les branches cervicales de l'artère utérine, une technique un peu spéciale qui présente une grande sécurité. Il met, avant l'incision des commissures naturellement, une pince sur les

artères cervicales en amont du point où elles s'épanouissent en bouquet. Il fait ensuite deux ligatures sur chacune d'elles. Une première ligature de sûreté au bout de la pince. Pour pratiquer la seconde, il traverse avec une aiguille courbe la partie latérale de l'isthme, au-dessus naturellement de l'endroit où il se propose de faire passer sa ligne d'amputation future. Cette aiguille est ensuite retirée chargée d'un fil (catgut), dont les deux extrémités sont liées en dehors et au-dessous de la pince et dont l'anse écrase l'artère sur le futur moignon.

Ainsi, grâce à ce procédé de ligature du bouquet artériel et au soin que notre Maître apporte à l'affrontement des lambeaux vaginaux et utérins, M. le professeur de Rouville n'a jamais eu le moindre ennui au point de vue de l'hémostase, contrairement à d'autres chirurgien et à Bouilly lui-même.

2) A l'inverse des autres chirurgiens, qui semblent redouter fort l'ouverture éventuelle, pour ne pas dire fatale, du cul-de-sac péritonéal et recommandent de le refermer vite et soigneusement, M. de Rouville ouvre systématiquement ce cul-de-sac, ce qui lui permet de pousser plus haut que dans le procédé classique le décollement vaginal et d'accroître l'étendue des résections vaginale et utérine.

Les parois du cul-de-sac sont touchés à la teinture d'iode dédoublée. ce qui entraîne peut-être son occlusion par irritation adhésive.

C) SOINS POST-OPÉRATOIRES

Deux tampons oxygénés dans le vagin, puis un tampon sec.

Sonde de Malécot dans la vessie.

Quarante huit heures après l'intervention, au plus tard, sonde et tampons sont retirés ; on se borne, dès lors, à une injection vaginale antiseptique faible quotidienne.

M. le professeur de Rouville estime que la présence de tampons ou de gaze dans le vagin, après les interventions vaginales, ne peut que favoriser l'infection ; il réduit cette présence au minimum et très souvent laisse le vagin libre.

OBSERVATIONS

Les vingt observations qui vont suivre sont inédites. Elles font partie des archives du service de gynécologie. M. le professeur de Rouville a bien voulu nous les communiquer. Nous tenons, ici, encore une fois, à le remercier bien sincèrement.

Quelques malades nous ont fait parvenir des renseignements sur leur état de santé actuel ; nous ferons suivre l'observation de la lettre qu'elles nous ont envoyée.

Une lettre n'était pas signée ; nous la reproduisons immédiatement :

« Montpellier, le 14 novembre 1918.

» Monsieur le Docteur,

» J'ai l'honneur de répondre aux demandes que vous m'avez adressées, me concernant :

» Pas de douleurs dans le ventre, sauf lorsque les époques ne viennent pas au temps voulu. Quelques pertes blanches, mais pas fétides comme avant mon opération.

» Ma matrice n'a pas bougé et pas de grossesse.

» Veuillez agréer ... »

C'est donc un très bon résultat.

Enfin, notre Maître nous a conseillé d'ajouter à ce travail les huit observations de son service, qu'il avait communiquées à notre ami, M. le docteur Grisoli.

Nous les reproduisons in extenso, tout en remarquant qu'il y a sept succès pour un échec.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col de l'utérus
et déchirure vagino-périnéale.

Mme B ..., 30 ans, entre à l'hôpital suburbain (pavillon de gynécologie), le 23 novembre 1916.

Antécédents. — Fièvre scarlatine à 24 ans ; un peu d'anémie.

La malade a été réglée pour la première fois à 14 ans. Sauf pour les deux ou trois premiers mois, les règles ont été régulières, pas trop abondantes, d'une durée de quatre jours, non douloureuses. Mais, depuis l'âge de 20 ans, les règles sont devenues irrégulières, retardées de 8 à 10 jours et durent 6 à 7 jours.

Première grossesse en 1904 : accouchement physiologique.

Deuxième grossesse en 1911 : accouchement difficile, long, terminé sans forceps, mais avec une forte déchirure du périnée, d'un enfant mort.

Troisième grossesse en 1914 : accouchement physiologique.

Après le deuxième accouchement, la malade constate des pertes blanches, qui précèdent et suivent les règles de huit jours, et ressent dans le bas-ventre des douleurs irradiées dans la région lombaire ; puis, peu à peu, la leucorrhée est devenue permanente, le col utérin s'est hypertrophié et allongé, en même temps qu'il apparaissait à la vulve. le soir, après une journée de travail ou à la fin d'une marche un peu longue.

Les urines sont claires ; cinq à six mictions par jour.

Trailement. — Intervention, le 5 décembre 1916 :
opération de Bouilly.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION II

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col et déchirure
vagino-périnéale.

Mme B..., cinquante ans, entre au pavillon de gynécologie, le 13 mars 1917.

Antécédents. — La malade a été réglée, pour la première fois, à seize ans. Les règles sont régulières, non douloureuses et durent de quatre à cinq jours. Ménopause depuis trois ans.

Trois grossesses : le premier accouchement a été physiologique ; le second fut long, pénible, et donna lieu à une déchirure du périnée. Avortement de cinq mois, il y a vingt-trois ans environ.

Il y a deux ans, après une grande fatigue, la malade a ressenti des tiraillements dans le bas-ventre et, depuis, de temps en temps, des lourdeurs dans tout le bassin. Assise ou couchée, la malade ne sent rien ; mais, dès qu'elle marche, elle a la sensation que « quelque chose lui descend dans le vagin » et, en fait, le col de l'utérus, hypertrophié et allongé, apparaît à la vulve en station verticale.

Pertes blanches assez abondantes.

Urines claires et normales.

Intervention. — Opération de Bouilly, le 20 mars 1917.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION III

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Récidive de prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col
après périnéorraphie.

Mme G..., quarante-cinq ans, entre dans le pavillon de gynécologie, le 20 mars 1917.

Antécédents. — La malade a été réglée, pour la première fois, à l'âge de treize ans. Règles régulières, non douloureuses, tous les mois, durant quatre à cinq jours. Pertes blanches depuis longtemps.

Entérite depuis l'âge de trente ans.

Première grossesse à l'âge de vingt-quatre ans : accouchement long, pénible, avec application de forceps, qui a occasionné une déchirure du périnée.

Deuxième grossesse à vingt-neuf ans : accouchement normal, enfant bien portant.

Il y a treize ans, la malade a eu une forte hémorragie pendant douze jours et a subi un curetage utérin. Depuis cette opération, elle perd moins au moment de ses règles qui durent un à deux jours.

Il y a dix ans, la malade a subi, pour prolapsus utérin, une périnéorraphie dont le résultat a été bon ; mais, depuis deux ou trois ans, elle a remarqué qu'une « grosseur descendait » dans le vagin et faisait parfois saillie hors de la vulve ; en même temps, elle ressent quelques douleurs dans le bas ventre et dans la région lombaire.

Les urines sont claires et normales.

Intervention. — Opération de Bouilly.
Suites opératoires aseptiques normales.

La malade quitte le service avec un utérus bien soutenu et un périnée solide.

OBSERVATION IV

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col de l'utérus, compliqué de cystocèle et de rectocèle, avec déchirure vagino-périnéale.

Mme B..., 39 ans, entre dans le service, le 16 janvier 1917.

Antécédents. — La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans dans de bonnes conditions. Règles régulières, non douloureuses, assez abondantes, durant sept à huit jours. La malade se plaint d'assez fortes névralgies, pendant ses règles, depuis son dernier accouchement et présente de la polyurie.

Avortement de cinq mois à 24 ans.

Première grossesse à 26 ans : accouchement difficile, long, ayant nécessité l'application du forceps sans provoquer de déchirure du périnée.

Deuxième grossesse à 27 ans : accouchement physiologique.

Troisième grossesse à 34 ans : accouchement ayant nécessité l'anesthésie générale et une application de forceps qui a provoqué une déchirure du périnée ; hémorragie abondante après la délivrance.

Depuis cet accouchement, la malade se plaint d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, lui donnant l'impression que l'utérus descend. En fait, le col de l'utérus, hypertrophié et allongé, apparaît à la vulve après un travail léger. Le prolapsus est compliqué de cystocèle et de rectocèle.

Des pessaires n'ont jamais tenu.

Depuis le mois de janvier 1916, la malade est réglée tous les quinze jours ; mais, en avril, un curettage a fait redevenir les règles normales. La malade souffre constamment des reins et du bas-ventre.

Selles quotidiennes, bon appétit.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires aseptiques normales.

La malade quitte le service avec un périnée bien solide.

A la date du 18 novembre 1918, la malade nous renseignait sur son état de santé de la façon suivante :

« Veuillez bien le dire à M. le professeur de Rouville, je ne ressens aucune douleur dans le ventre ; pour les règles, elles sont très régulières.

» Pour mon travail, cela va assez bien sans fatigue, si cela ne se trouve pas au moment des règles.

» Pour des pertes blanches, il n'y en a pas.

» La matrice est toujours bien maintenue et pas de grossesse.

» Veuillez agréer..... »

Le résultat opératoire est donc très bon.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col, colpocèle antérieure et postérieure et déchirure du périnée.

Mme J...., 42 ans, entre au pavillon de gynécologie, le 25 juin 1917.

Antécédents. — La malade a été réglée à 13 ans dans

de bonnes conditions. Depuis, règles régulières, peu abondantes, non douloureuses et durant 3 à 4 jours.

A 21 ans, première grossesse terminée par un avortement de six mois.

Deuxième grossesse à 22 ans : accouchement physiologique.

Troisième grossesse à 26 ans : accouchement à terme, difficile, long, ayant nécessité l'emploi du forceps qui détermine une déchirure du périnée.

Quatrième grossesse à 30 ans : accouchement physiologique.

Cinquième grossesse à 40 ans : accouchement à terme ayant nécessité l'emploi du forceps.

Donc, il y a seize ans, son troisième accouchement lui occasionna une déchirure du périnée, qui est toujours restée sans traitement ; quelques semaines après, la malade présentait un prolapsus utérin avec colpocèle antérieure et postérieure.

Les deux derniers accouchements, surtout le dernier, ont accentué le prolapsus. Le col est allongé. La malade présente de la polyurie avec urines claires ; pas de constipation, pas de douleur, mais une gêne plus grande pendant la marche qui accentue le prolapsus.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires aseptiques normales.

La malade nous a envoyé, à la date du 16 novembre 1918, les quelques renseignements suivants :

« Vous me dites que M. le professeur de Rouville désire savoir des nouvelles de mon état de santé. Il ne peut être meilleur et m'a permis de travailler sans discontinuer et sans fatigue depuis plus de six mois.

» Auparavant, et dès ma sortie de l'hôpital, je faisais

mon ménage, mais, depuis six ou huit mois, je fais n'importe quel travail sans aucune fatigue :

» 1° Je ne ressens aucune douleur dans le ventre et mes règles sont régulières, sans être trop abondantes ;

» 2° Je n'ai pas de pertes blanches ;

» 3° La matrice est toujours bien maintenue ;

» 4° Je n'ai pas eu de grossesse.

» Je suis heureuse de donner les meilleures nouvelles des suites de mon opération à M. le Professeur qui m'a permis de me livrer si facilement à toutes mes occupations.

» Agréez, etc... »

On ne peut, véritablement, espérer un résultat meilleur.

OBSERVATION VI

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus utérin avec léger allongement hypertrophique du col.

Mme In..., 48 ans, entre à l'hôpital, le 7 juillet 1917.

Antécédents. — Petite vérole en 1885.

La malade a été réglée pour la première fois à seize ans. Depuis, les règles sont régulières, assez abondantes, d'une durée de quatre à six jours. Quelques pertes blanches pendant trois ou quatre jours après les règles.

Ménopause, il y a deux ans.

La malade a eu quatre grossesses. Les trois premières terminées par un accouchement physiologique, la dernière par un avortement au quatrième mois ; la malade a eu, à cette occasion, une très forte hémorragie qui a duré cinq à six jours.

Il y a vingt ans, le lendemain de son troisième accouchement, la malade s'est levée sans aide, précipitamment, et a fait un effort musculaire considérable pour porter secours à son vieux père qui se brûlait et le transporter dans une pièce voisine.

Quelques jours après, elle a eu la sensation que son utérus descendait dans le canal vaginal, dès qu'elle se levait, mais le prolapsus disparaissait dans la station horizontale. Puis, peu à peu, le col allongé et prolabé de l'utérus se maintenait constamment à la vulve.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires aseptiques normales.

OBSERVATION VII

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col et déchirure vagino-périnéale.

Mme Jo., 30 ans, entre au pavillon de gynécologie, le 24 septembre 1917.

Antécédents. — Scoliose vertébrale.

La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans. Depuis lors, elle a eu des règles régulières, non douloureuses, mais abondantes. Pas de pertes blanches avant son premier accouchement.

Mariée à vingt-quatre ans, la malade a eu deux accouchements : le premier, à vingt-cinq ans, à terme, mais difficile et ayant nécessité une application de forceps qui a occasionné une déchirure du périnée, jamais opérée ; le deuxième, à vingt-sept ans, a été physiologique, mais l'enfant, une fille, est rachitique.

Quelques temps après son premier accouchement, la malade a senti que le col de l'utérus s'abaissait dans le vagin, surtout après une journée de fatigue, une marche un peu prolongée ou un travail fatiguant.

Fortes pertes blanches depuis lors.

La malade, après son deuxième accouchement, a porté un pessaire de Dumontpallier pendant deux ans.

Son état général est satisfaisant.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires aseptiques normales.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col.

Mme Augustine F..., vingt-huit ans, entre au pavillon de gynécologie, le 1^{er} décembre 1917.

Antécédents. — La malade a été réglée à quinze ans, pour la première fois ; depuis, elle a des règles régulières, non douloureuses, abondantes et avançant généralement de trois à quatre jours.

Mariée à vingt ans, la malade a eu un accouchement physiologique ; depuis lors, elle a des pertes blanches. Jamais d'avortement.

La malade s'est levée trois jours après son accouchement et, peu à peu, dans les jours qui suivirent, elle a senti que la « matrice » s'abaissait dans le vagin, si bien que, six mois après, le col de l'utérus, hypertrophié et allongé, apparaissait à la vulve.

La malade déclare n'avoir jamais souffert, mais elle

s'est alitée pendant dix jours parce qu'elle se sentait très fatiguée (juillet 1917).

Depuis lors, les pertes blanches ont été beaucoup plus abondantes.

Etat général satisfaisant ; urines claires.

Intervention. — Opération de Bouilly.

L'opération est rendue pénible par des hémorragies en nappe pendant la périnéorraphie.

Pansement compressif et piquûre d'ergotine.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, la malade a ses règles qui durent quatre jours.

La plaie a bon aspect. Pansements quotidiens. Pas d'élévation thermique.

OBSERVATION IX

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus génital presque complet avec col hypertrophié et cystocèle et déchirure vagino périnéale

Mme Marie B..., cinquante-deux ans, journalière, entre au pavillon de gynécologie, le 18 décembre 1917.

La malade a été réglée, pour la première fois, à l'âge de quatorze ans. Depuis lors, elle a eu des règles régulières, non douloureuses, assez abondantes. Jamais de pertes blanches avant son premier accouchement.

La malade a eu deux accouchements : le premier à trente-un ans : le passage brusque de la tête déchire le périnée incomplètement ; le deuxième, à trente-sept ans, fut physiologique. Jamais d'avortement.

Après son premier accouchement, qui a occasionné une déchirure du périnée, il s'est formé, en quelques semaines,

un prolapsus utérin qui a été traité par un pessaire de Dumontpallier. Le deuxième accouchement a accentué le prolapsus.

Depuis dix huit mois, la malade porte un pessaire à chambre à air qui lui a donné un ulcère suppuré sur la face antérieure de l'isthme.

A l'examen, on constate un prolapsus presque complet ; l'utérus est presque complètement hors de la vulve, le col est hypertrophié.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales

OBSERVATION X

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col, colpocèle et rectocèle très marquées.

Mme Léonie J., cinquante-un ans, entre à l'hôpital, le 28 décembre 1917.

La malade a été réglée à douze ans. Depuis lors, règles régulières, non douloureuses, assez abondantes. Elle a, depuis l'âge de quinze ans, des pertes blanches.

Mariée à vingt ans, elle a eu, à vingt et un ans, un accouchement physiologique mais rapide, l'enfant était gros. Pas d'avortement.

Le début du prolapsus remonte à trente ans, époque de son accouchement.

Peu à peu, insensiblement, la malade sentait le col de l'utérus qui descendait dans le vagin ; mais, depuis cinq mois, le prolapsus du col hypertrophié et allongé s'est accentué et l'utérus lui même, le soir, était prolapsé,

entraînant dans sa chute le rectum. Colpocèle postérieure très marquée.

Pas de rachialgie, ni de constipation, ni de dysurie. Etat général satisfaisant. Quelques légers troubles gastriques.

Intervention, le 16 janvier 1918. — Décollement et refoulement de la vessie ; colpotomie antérieure. Libération du vagin postérieur. Amputation du col après section médiane aux ciseaux et ligature des utérines contre le col.

Périnéorraphie, ligature des releveurs.

L'opération est rendue très pénible à cause de la colpocèle postérieure très marquée et de la rectocèle que l'on constate par le toucher rectal.

Avec une compresse et beaucoup de prudence, on arrive enfin à isoler le rectum du vagin postérieur. Sans ouvrir le rectum, on excise une partie du vagin postérieur que l'on suture au moignon du col.

Au cours de l'opération, on a ouvert très largement et volontairement le cul-de-sac de Douglas.

Désinfection avec de la teinture d'iode pure. Injection avec de l'eau oxygénée.

Suites opératoires normales.

La malade, en date du 15 novembre 1918, nous a fait parvenir les renseignements suivants :

« En réponse à votre lettre du 11 courant, me demandant des nouvelles de ma santé, qui est aussi bien que je peux le souhaiter, je dois vous dire que, quant aux douleurs, je ne ressens absolument rien ou, alors, il faut que je marche beaucoup ; mais, alors, c'est principalement des reins dont je souffre.

» De la matrice, non plus, je ne souffre plus. Enfin, pour le moment, je crois pouvoir vous dire être bien portante.

» Veuillez agréer... »

C'est donc un très bon résultat.

OBSERVATION XI

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus génital avec allongement hypertrophique du col et déchirure vagino-périnéale incomplète.

Mme Ga..., quarante-deux ans, entre au pavillon de gynécologie, le 16 janvier 1918.

Antécédents. - Réglée pour la première fois à douze ans; les règles furent, depuis, assez abondantes, non douloureuses. Jamais de pertes blanches.

Mariée à vingt-cinq ans, elle a eu six grossesses : à vingt-six ans ; vingt-huit ans ; vingt neuf ans ; trente-un ans ; trente-deux ans et trente-six ans.

Tous les accouchements ont été faciles, sauf le premier qui a été assez long et pénible et a donné lieu à une forte hémorragie. Les enfants sont bien portants, sauf le cinquième né, mort, à terme. Pas d'avortement.

Le début de la maladie actuelle remonte à quelques mois. (La malade pressée de questions ne peut répondre avec précision.)

De même, la malade ne peut nous dire exactement à quelle époque remonte une déchirure vagino périnéale assez importante.

Mais, depuis plusieurs mois et de plus en plus, la malade s'est aperçue que le col de l'utérus descendait dans la cavité vaginale. Ses règles avançaient de trois à quatre jours.

Un peu de constipation.

Intervention. — Opération de Bouilly (le 22 janvier 1918).

Pendant l'opération, le cul-de-sac de Douglas est ouvert volontairement et largement.

Désinfection avec la teinture d'iode.

Suites opératoires normales.

La malade sort avec un bon périnée.

OBSERVATION XII

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus génital avec allongement hypertrophique du col.

Mme Do..., quaranté huit ans, entre au pavillon de gynécologie, le 14 février 1918.

Réglée à dix-sept ans, la malade a eu depuis des règles régulières, non douloureuses, abondantes.

La malade a eu cinq grossesses suivies d'accouchements physiologiques : le premier à vingt-sept ans, le dernier à trente-six ans. Jamais d'avortement.

Depuis treize à quinze mois, la malade a d'abondantes pertes blanches et elle a senti que son utérus descendait, puis, peu à peu, le col, hypertrophié et allongé, est apparu, à la vulve d'abord après une journée de travail, puis dans la suite constamment.

Depuis quelques semaines, la malade se plaint de douleurs assez vives dans le bas-ventre ; selles régulières, urines normales.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires bonnes.

Guérison complète. On sent à travers un vagin étroit l'orifice externe du col profondément situé ; le plancher pelvien est solide.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin avec col hypertrophié et déchirure vagino-périnéale incomplète.

Mme M....., trente-trois ans, entre dans le service de gynécologie, le 6 mars 1918.

Réglée à quinze ans, la malade a des règles régulières, non douloureuses, ni trop abondantes; le prolapsus utérin ne les a pas modifiées.

Mariée à vingt-deux ans, elle a eu deux enfants. Le premier accouchement (vingt-quatre ans) eut lieu avant terme, — à huit mois —. L'expulsion du fœtus fut rapide et produisit une déchirure du périnée, jamais traitée.

Le deuxième accouchement fut physiologique (à vingt-huit ans). Après son premier accouchement, la malade eut une abondante leucorrhée sans métrorragie ni douleur et, en quelques jours, elle fut atteinte de prolapsus utérin; le col hypertrophié apparaissait à la vulve.

Le malade présente de la constipation assez opiniâtre et de la pollakiurie.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Prolapsus utérin avec col hypertrophié.

Mme M....., trente-huit ans, entre au pavillon de gynécologie, le 20 avril 1918.

Réglée à treize ans : règles abondantes, indolores et régulières, durée quatre jours.

La malade a eu trois grossesses :

Première grossesse à vingt-cinq ans, accouchement physiologique mais très douloureux. Pendant la grossesse, la malade a eu beaucoup de pertes blanches, indolores, sans métrorragie.

Deuxième grossesse à vingt-six ans, accouchement physiologique.

Troisième grossesse à trente ans, accouchement physiologique.

Depuis quatre ans, la malade a des pertes blanches à la fin des règles, pendant quatre à cinq jours.

Depuis décembre 1917, elle a senti que la matrice descendait dans le vagin, puis le col, hypertrophié, sortait de la vulve.

Le prolapsus n'a jamais donné de douleur.

Urines normales, pas de constipation

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XV

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus génital avec allongement hypertrophique du col et déchirure périnéo-vaginale.

Mme G..., vingt huit ans, entre dans le service de gynécologie, le 26 avril 1918.

Réglée à quinze ans : règles régulières, indolores, assez abondantes (cinq à six jours).

Quelques pertes blanches.

La malade a eu deux enfants. Pas d'avortement. Première grossesse à vingt-quatre ans : accouchement à terme mais long, difficile, ayant nécessité l'application du forceps, qui a produit une déchirure vagino-périnéale incomplète. Deuxième grossesse à vingt-cinq ans : accouchement long et difficile, terminé avec le forceps.

A la suite de son premier accouchement, la malade sent son utérus apparaître à la vulve à la fin de la journée, puis, peu à peu, le prolapsus s'est toujours maintenu.

Pas de douleur dans le bas-ventre, ni constipation. Bon état général.

Intervention — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales.

La malade sort de l'hôpital avec un bon périnée.

OBSÉRVATION XVI

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville).

Prolapsus génital avec allongement hypertrophique du col.

Mme V..., quarante-deux ans, entre à l'hôpital, le 28 avril 1918.

Réglée à dix-neuf ans : règles douloureuses, très abondantes, régulières, durée sept à huit jours.

La malade présente une hernie crurale gauche.

A vingt-cinq ans, la malade a eu un accouchement difficile, long, qui a nécessité l'application du forceps. Pas d'avortement.

Quelques jours après l'accouchement, la malade s'est aperçue que la « matrice » descendait dans le vagin et que le col, hypertrophié, apparaissait à la vulve.

Il y a une quinzaine de mois, le prolapsus, en quelques

semaines, s'accroît beaucoup, en même temps que la malade eut une forte leucorrhée.

Les mictions sont difficiles, un peu de constipation.

Intervention. — Opération de Bouilly, avec suture des releveurs de l'anus.

Suites opératoires normales.

A la fin de mai, on pratique à la malade une cure radicale de sa hernie crurale gauche.

OBSERVATION XVII

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin avec col hypertrophié et déchirure vagino-périnéale incomplète.

Mme M..., trente-deux ans, entre au pavillon gynécologique, le 9 avril 1918.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie (?) de foie ; mère morte de ramollissement cérébral.

Antécédents personnels. — Réglée à seize ans : règles régulières, peu abondantes, et s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans la région rénale et les fosses iliaques droite et gauche. La malade a eu un accouchement long, très difficile, et qui a nécessité le forceps ; déchirure du périnée incomplète.

Après cet accouchement, les règles sont restées régulières, mais la malade s'est aperçue qu'elle avait, à la suite de fatigue, quelques jours avant et après, des pertes blanches d'une couleur jaunâtre et imbibant le linge.

La malade a subi une périnéorrhaphie ; la suture a tenu pendant deux ans, puis l'utérus est descendu dans la cavité vaginale et, peu à peu, le col, hypertrophié, est ap-

paru à la vulve. Depuis lors, les pertes blanches sont devenues plus abondantes.

Mictions irrégulières, difficiles et douloureuses. Un peu d'entérite.

Intervention. — Opération de Bouilly (17 mai 1918). Suites opératoires aseptiques normales.

OBSERVATION XVIII.

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin avec déchirure vagino-périnéale.

Mme Ba..., trente-quatre ans, entre au pavillon de gynécologie, le 27 avril 1918.

Antécédents personnels. — Diphtérie à trois ans.

La malade a été réglée à seize ans : règles un peu douloureuses, régulières, alternativement abondantes (six à sept jours) et peu abondantes (deux à trois jours).

Quelques pertes blanches avant les règles (trois à quatre jours).

Première grossesse à vingt-cinq ans : accouchement pénible, long, difficile ; application de forceps sur une tête très volumineuse et déchirure du périnée. Deuxième grossesse à vingt-sept ans : accouchement physiologique.

Peu après son premier accouchement, la malade a senti que l'utérus descendait dans le vagin et le col, hypertrophié, apparaissait à la vulve. Les règles sont devenues plus abondantes, de même que les pertes blanches qui sont devenues, depuis, permanentes.

Après le deuxième accouchement, l'utérus était de plus en plus prolabé.

Etat général bon.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIX

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus génital avec hypertrophie du col et cystocèle.

Mme Pe..., cinquante-huit ans, entre au pavillon de gynécologie, le 18 mai 1918.

Antécédents. — Réglée à quinze ans : règles indolores, régulières, abondantes (six à huit jours).

Pas de pertes blanches jusqu'au deuxième accouchement.

La malade a eu trois grossesses avec accouchements physiologiques.

Après le deuxième accouchement, la malade présente, après les règles, des pertes blanches jaunâtres pendant trois à quatre jours.

Après le troisième accouchement, la malade s'est aperçue que la matrice descendait peu à peu dans le vagin, puis le col, hypertrophié, apparaissait à l'extérieur.

A l'examen, on constate un prolapsus total avec cystocèle.

Un peu de gêne pour uriner.

Intervention. — Opération de Bouilly.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XX

(Inédite)

(Communiquée par M. le professeur de Rouville)

Grand prolapsus utérin total avec cystocèle et utérus petit.

Mme B..., 43 ans, travaillait dans une fabrique de papier, où elle avait un travail très pénible; elle entre, le 14 août 1918, dans le service de gynécologie.

Antécédents. — Réglée à 16 ans pour la première fois; depuis lors, règles abondantes, régulières, durant 4 à 5 jours.

Première grossesse à 27 ans : accouchement difficile terminé avec l'aide du forceps.

Deuxième grossesse à 29 ans : accouchement normal.

La malade déclare que le prolapsus a commencé après son deuxième accouchement. Une sage-femme, il y a six ans, a réduit le prolapsus et a placé un anneau de Dumontpallier. L'anneau a été perdu par la malade et le prolapsus s'est reproduit. Une autre sage-femme met un autre anneau, sans réduire.

Au mois d'avril 1918, la malade a commencé à perdre en blanc tous les jours. Les pertes avaient une mauvaise odeur et tachaient le linge.

La malade se plaint de douleurs assez vives dans le bas-ventre et dans la région lombaire.

A l'examen, on constate un prolapsus total avec cystocèle.

A la base de l'utérus prolabé est appliqué un anneau de Dumontpallier. La partie moyenne du col utérin est sphacélée.

Pas d'appétit, ne digère pas bien.

Urines normales.

Le 22 août, intervention par voie vaginale.

Colpotomies antérieure et postérieure.

Hémisection de l'utérus et hystérectomie.

On laisse les annexes qui paraissent saines.

On termine avec une colpo-périnéorraphie.

Les huit observations qui suivent sont extraites du travail de notre ami, le docteur Grisoli :

OBSERVATION XXI

Mme A. C . . , âgée de cinquante ans, de Montpellier, entre, le 4 mai, dans le service de M. de Rouville, pour douleurs abdominales qui durent depuis quatre mois.

Antécédents génitaux. — La malade a été réglée à quinze ans. Les règles furent toujours régulières; moyennement abondantes, non douloureuses, avec une durée de trois jours.

Depuis quatre ou cinq mois, les règles sont irrégulières. La malade a eu trois accouchements, dont le premier nécessita l'emploi du forceps. Jamais d'avortement. Jamais de fortes hémorragies.

Antécédents généraux. — Rien à signaler.

Début de l'affection actuelle. — Il y a quatre mois, le début fut insidieux : quelques douleurs dans l'abdomen, surtout le soir, quand la journée avait été fatigante.

La malade sent que, le soir, son utérus descend et qu'il apparaît à la vulve. Il remonte ensuite dans la position couchée.

Depuis un mois, les douleurs se sont accentuées, ainsi que la sensation de lourdeur dans l'abdomen. Des pertes jaunâtres, blanchâtres, plus ou moins sanguinolantes se sont installées.

Pas de troubles urinaires,

Examen. — Si on fait marcher la malade quelques instants, l'utérus est complètement dehors. Le prolapsus est total. Le périnée présente une déchirure incomplète. Le col est très hypertrophié, enflammé, avec un polype muqueux à l'orifice inférieur de la cavité du col.

Opération, le 26 mai 1915, par le procédé de Bouilly.

Suites opératoires normales.

Voici ce que nous écrit l'opérée, le 3 juillet 1916, c'est-à-dire treize mois après l'intervention :

« Montpellier, le 3 juillet 1916.

« Monsieur.

» Je me porte divinement bien. Alerté comme par le passé, je remercie beaucoup M. de Rouville de l'opération qu'il m'a faite et je le remercie de s'être souvenu de moi, si humble que je sois !

» Puisque vous tenez à le savoir, il faut bien que je vous le dise : voilà une quinzaine de jours que je ressens aux deux côtés du ventre quelques petites douleurs, mais si insignifiantes, Monsieur, que je ne crois pas que cela persiste.

» J'attribue cela aux chaleurs et ne m'en inquiète pas, car je dors bien et dine encore mieux. Agréez, Monsieur, ainsi que votre Maître, etc. ».

OBSERVATION XXII

Mme V. D..., 50 ans, d'Agde.

Entrée dans le service, le 24 octobre 1915.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans dans de bonnes conditions : règles régulières durant cinq à six jours, assez abondantes.

A eu un enfant. Jamais de fausse couche, mais son unique accouchement fut très laborieux et on dut avoir recours au forceps. La malade s'est levée douze jours après son accouchement, qui date de vingt-quatre ans.

Maladie actuelle. — Depuis très longtemps, la malade éprouvait une sensation de poids dans le bas-ventre. Elle souffrait d'une constipation assez opiniâtre et présentait de la pollakiurie, diurne d'abord, puis nocturne ensuite.

Il y a deux mois, la malade a souffert de très violentes coliques en même temps qu'elle était prise de vomissements et a dû s'aliter.

Examen. — Prolapsus génital. Le col apparaît à la vulve entr'ouverte. — Un certain degré de cystocèle et de rectocèle. Le col est légèrement hypertrophique. Le périnée présente une déchirure incomplète.

La malade est opérée, le 18 novembre 1915, par le procédé de Bouilly et sort le 23 décembre 1915.

Voici ce qu'elle nous écrit, huit mois après l'opération :

« Agde, le 3 juillet 1916.

» Monsieur,

» Tout d'abord, je dois vous dire qu'à mon arrivée de l'hôpital, j'ai dû prendre encore un mois de repos avant de reprendre normalement mon travail. Il va s'en dire que les premiers jours de travail, je ressentais une certaine fatigue, surtout à mes jambes qui s'enflaient, mais actuellement je vais très bien et suis très contente de mon opération qui m'a produit un grand soulagement.

» Agréez, monsieur, etc... »

OBSERVATION XXIII

G. S., 39 ans, Mèze.

Entrée, le 7 mai 1914, pour douleurs dans l'abdomen et pertes blanches, dont le début remonte à huit ans.

Antécédents génitaux. — Réglée à 14 ans, régulièrement : règles moyennement abondantes, quatre jours de durée, non douloureuses. A eu deux accouchements : le premier avec le forceps, le deuxième normal.

A eu deux avortements après les deux accouchements : le premier à six mois, le deuxième à trois mois.

Après le premier avortement, il se produisit un prolapsus qui fut opéré, quelques mois après, par M. Forgue par la voie vaginale, mais le prolapsus se reproduisit après le deuxième avortement.

Pas de fortes hémorragies, à part les deux avortements.

Antécédents généraux. — Rien. Bonne santé.

Maladie actuelle. — Début il y a huit ans. Peu après le dernier avortement, la femme ressent des douleurs dans le bas-ventre, surtout après la marche ; elle a la sensation d'un poids lourd.

Evolution. — Douleurs de plus en plus accentuées, pertes blanches abondantes, métrorragies légères, l'utérus est complètement dehors après une simple marche et remonte dans la position horizontale.

Autres appareils. — Rapidement essouffée après un effort.

Examen. — Prolapsus utérin complètement dehors, réductible. Très gros col de métrite cervicale, déchirures commissurales, ulcération de un centimètre de large au

sommet. L'utérus est coiffé du vagin. Il donne 9 centimètres à l'hystéromètre.

Pas de ptose d'autres viscères.

Déchirure incomplète du périnée.

Autres appareils. — Rien. Cœur et poumons normaux.

Opération, le 23 mai 1915, par le procédé de Bouilly avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires normales.

La malade sort, le 16 juin 1915, en bon état.

Voici ce qu'elle nous écrit un an après :

« Mèze, le 23 juin 1916.

» Monsieur,

» Je vous dirai que l'état de ma santé se maintient assez bien. Quant à l'opération que j'ai subie, cela n'a pas tenu très bien. Dès que je marche, il faut que j'emploie d'innombrables précautions pour ne pas souffrir trop. Malgré cela, l'état général est bon, ainsi que l'estomac.

» Dès que j'irai à Montpellier, j'irai voir M. de Rouville.

» Croyez, monsieur, etc... »

OBSERVATION XXIV

Mme R. L..., Grau-du-Roi.

Entrée le 9 mars 1916.

Antécédents personnels. — Régliée à 11 ans dans de très bonnes conditions retardant chaque fois ; réglée dix fois par an, durant quatre ou cinq jours, pas très abondamment.

A 14 ans, suppression des règles pendant sept mois. Elles reviennent spontanément au huitième mois. A l'âge de 20 ans, suppression des règles pendant onze mois.

Gastrite nécessitant un régime sévère. A eu quatre grossesses : quatre accouchements à terme spontanés.

Maladie actuelle. — A la suite d'un accouchement, a eu une déchirure du périnée non suturée. Après le deuxième accouchement, la malade s'est aperçu d'un léger prolapsus de l'utérus. On a mis un pessaire. Ce n'est qu'après le quatrième accouchement qu'on fit une première intervention, le 27 mars 1913 (colpo-périnéorrhaphie). Les sutures n'ayant pas tenu, la malade sort de l'hôpital de Nîmes, où elle avait été opérée. Elle a joui d'une santé relativement bonne pendant un an et, après ce temps, la malade a ressenti une grande gêne due à la chute plus prononcée de la matrice, accompagnée de pertes fétides et rouges continuelles. C'est pour cela qu'elle rentre à l'hôpital, dans le service de M. de Rouville, le 9 mars 1916.

Examen. — Col utérin à la vulve. Col hypertrophié et métritique. Périnée présentant une déchirure incomplète.

La malade est opérée, le 15 mars 1916, par le procédé de Bouilly.

Voici ce qu'elle nous écrit quatre mois après :

« Grau du-Roi, le 21 juin 1916.

« Monsieur,

» Comme santé, depuis mon opération, je me porte très bien. J'ai bon appétit et ne souffre de rien, si ce n'est que mes jambes me font un peu souffrir ; mais, du ventre, je ne sens plus rien, il me semble que je rêve après avoir tant souffert.

» Je crois bien que, cette fois-ci, mon opération a réussi.

» Daignez agréer, etc., »

OBSERVATION XXV

Mme V..., Cette, âgée de 44 ans.

Entrée, le 11 février 1915, pour douleurs dans les reins et pertes blanches

Trois enfants bien portants. Couches normales. Réglée à 15 ans : règles toujours normales, sans douleurs, durant quatre ou cinq jours.

Constipée depuis deux ans Elle souffre depuis trois ans et perd en blanc.

Examen. — Gros col déchiré et hypertrophié. Utérus gros, lourd, en rétroversion mobile et descendu.

Annexes non mobiles.

La malade est opérée le 22 février 1915. On fait un curettage, puis l'opération de Bouilly. Les suites opératoires sont normales et l'opérée sort, le 11 mars 1915, en parfait état de santé.

Le 24 juin 1916, elle écrit de Cette :

« Monsieur,

» J'ai reçu votre lettre un peu tard, me trouvant à la pêche du côté d'Agde et ne venant à Cette que le dimanche ; aussi, je me suis empressée de vous répondre.

» Vous remercieriez M. de Rouville et vous lui direz que ma santé s'est améliorée ; je souffre moins, mais, de temps à autre, je ressens des douleurs du côté de l'opération.

» J'espère que cela disparaîtra.

» Recevez, Monsieur, etc., etc. »

OBSERVATION XXVI

Mme Th. D..., 42 ans.

Entrée, en avril 1915, pour douleurs abdominales.

Antécédents génitaux. — Réglée à 14 ans : règles régulières, moyennement abondantes, durant quatre ou cinq jours.

Deux accouchements. Le premier très laborieux ; on dut employer le forceps et une déchirure périnéale se produisit. Le deuxième normal. Pas de fausse couche.

Maladie actuelle. — Il y a une huitaine d'années. début insidieux : de temps en temps, douleurs abdominales, le soir, sensation de corps étranger dans le ventre.

Il y a deux ans, les symptômes s'aggravant, de la pollakiurie diurne, puis nocturne, s'installe. Pertes blanches sanguinolantes. Les douleurs revenant plus vives, la malade rentre dans le service de M. de Rouville.

Examen. — Le périnée présente une déchirure incomplète. Dans la station debout, le col est à la vulve. Ce col est hypertrophié et métritique. Un peu de cystocèle.

Le 22 avril 1915, on opère la malade par le procédé de Bouilly.

Suites opératoires normales.

L'opérée sort, un mois après, guérie.

Voici ce qu'elle nous écrit quatorze mois après.

« Le 24 juin 1916.

» Monsieur,

» Vous pouvez dire à M. de Rouville que, depuis mon opération, je vais de mieux en mieux. A l'heure actuelle,

il y a longtemps que je ne souffre plus de rien. Je vaque, comme par le passé, à mes travaux. En un mot, je vais très bien et je suis très heureuse.

» Avec mes remerciements pour M. de Rouville,

» Agréez, Monsieur, etc... »

OBSERVATION XXVII

Mme B..., Saint-Denis (Lozère), entre à l'hôpital, le 27 décembre 1914, pour prolapsus utérin.

Depuis son dernier accouchement, la malade a éprouvé une sensation de lourdeur dans le bas-ventre et de tiraillement dans la région lombaire.

En même temps, elle s'est aperçu que son utérus prolabaït à la vulve.

Ce prolapsus et ces douleurs n'ont fait que croître avec le temps.

Elle est opérée par l'opération de Bouilly.

Suites opératoires. — Signalons que la malade a eu de l'hématurie pendant trois jours consécutifs, mais qui a disparu à la suite de quelques lavages de la vessie faits avec une solution à l'antipyrine et au sérum deux fois par jour.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie. Son état est encore très satisfaisant.

OBSERVATION XXVIII

Mme L..., âgée de trente ans, Montpellier. Entre à l'hôpital, le 23 novembre 1916, à cause de douleurs dans l'abdomen du côté droit.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans et régulièrement, sauf pendant les deux ou trois premiers mois.

Depuis l'âge de vingt ans, règles régulières, retardées de huit à quinze jours et surtout pendant l'hiver ; elles durent de trois à six jours.

Première grossesse en 1904 : accouchement normal.

Deuxième grossesse en 1911 : accouchement avec déchirure incomplète du périnée.

Troisième grossesse en 1914 : accouchement normal.

Les trois enfants se portent bien.

Après le deuxième accouchement, la malade a des pertes blanches huit jours avant et huit jours après les époques, accompagnées de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins.

Maladies antérieures : scarlatine, il y a six ans.

Etat actuel. — Anémie, déchirure du périnée et prolapsus utérin assez accentué.

Intervention le 5 décembre 1916 : amputation du col et périnéorraphie.

La malade est encore à l'hôpital, mais son état est très satisfaisant. Elle ne ressent plus aucun des maux antérieurs.

VALEUR DE L'OPÉRATION DE BOUILLY

CONCLUSIONS

Bouilly disait : « Le résultat utile est atteint quand les parois vaginales sont en contact derrière un périnée résistant ».

En fait, quand les malades sortent de l'hôpital, nous constatons que l'orifice vulvaire est complètement modifié par l'intervention. Il ne mesure plus que six à huit centimètres et se trouve très relevé ; le périnée est bien amélioré et sa force de résistance restaurée. La hauteur de la cavité vaginale est agrandie et ses parois antérieure et postérieure sont accolées l'une à l'autre.

Il n'y a plus de cystocèle, ni de rectocèle. Puis, peu à peu, l'utérus se modifie ; le volume, le poids, la longueur en sont diminués ; et ceci n'est pas uniquement le résultat direct de la colpotomie, mais il est certain que celle-ci a une action réflexe : il se produit une régression, une atrophie de l'organe ; ceci expliquerait peut-être que nos malades opérées avant la ménopause n'ont pas eu de nouvelle grossesse.

Notons la disparition de la métrite. Les mictions redeviennent normales, la constipation disparaît.

La menstruation se régularise.

Si bien que l'état général de nos malades s'améliore

rapidement et qu'elles peuvent reprendre leur travail comme par le passé, sans éprouver de fatigue.

Mais nous pensons que, pour être faite avec toutes les garanties de réussite, l'intervention doit être large et méthodique. Les cas les plus favorables paraissent être les prolapsus avec cystocèle, où l'utérus est peu abaissé, et ceux qui ont été déterminés en partie par une déchirure vagino-périnéale. Les résultats éloignés varient, d'ailleurs, légèrement avec la profession : une femme de ménage ou une cultivatrice faisant un dur labeur sera peut-être exposée, dans un avenir lointain, à la récurrence ; mais nous ne l'avons jamais rencontrée.

BIBLIOGRAPHIE

BOUILLY et LOEWY. — Procédé d'opération pour la cure des grands prolapsus génitaux. (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, tome VI, pages 579 et suivantes, 1902).

LENORMAND et PETIT-DUTAILLIS. — (Journal de chirurgie, tome XII, n° 4, avril 1914) : Indications et résultats de l'opération de Bouilly.

RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, 1902.

ROUVILLE (DE). — De l'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale. (Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie, juillet 1914, n° 7).

GUÉNARD. — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly. Thèse de Paris, 1902-1903.

POZZI. — Traité de gynécologie. pages 557 et suivantes.

GRISOLI. — Traitement du prolapsus utérin par la méthode de Bouilly. Thèse de Montpellier, 1917.



